

Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin

Teil 2: Risikokommunikation, Interessenkonflikte, Effekte von Patientenbeteiligung

D. Klemperer

Shared Decision-Making and Patient-Centred Care – From Paternalism to Partnership in Medicine Part II: Risk Communication, Conflicts of Interests, Effects of Patient Participation

Original

Zusammenfassung

Im ersten Teil dieser zweiteiligen Serie wurde das Shared-Decision-Making-Modell als das am weitesten entwickelte Patientenzentrierte Modell der Arzt-Patient-Kommunikation in Zusammenschau mit dem Paternalistischen Modell und dem Informativen Modell beschrieben. Ärzte äußern sich bislang eher zurückhaltend zum Shared Decision Making (SDM); selbst die Befürworter unter ihnen fühlen sich noch nicht ausreichend darauf vorbereitet, Patienten systematisch in die Entscheidungen einzubeziehen. Dagegen steht der starke Wunsch der Patienten nach umfassenden Informationen und Beteiligung an Behandlungsentscheidungen. Im zweiten Teil geht es um die Bedeutung der Risikokommunikation für die Darstellung von Behandlungsoptionen, um die Gefährdung der Wissensbasis der Medizin durch Interessen-geleitete Forschung und abschließend um die Auswirkungen von SDM auf die Behandlungswahl und auf die Behandlungsergebnisse.

Schlüsselwörter

Shared Decision Making · Patientenbeteiligung · Patientenzentrierung · Arzt-Patienten-Beziehung · Entscheidungsfindung · Risikokommunikation · Interessenkonflikt

Abstract

In the first part of this two-parts series the concept of shared decision making was described as the most advanced of the patient-centred concepts of physician-patient-communication. Physicians' attitudes tend to be somewhat reticent though; even those physicians who support patient involvement do not feel sufficiently prepared to fulfil the new role that the concept assigns to them. In the second part the relevance of risk communication for the explanation of the pros and cons of the treatment options is highlighted as well as the erosion of the medical knowledge base through industry-dominated knowledge production and the impact of shared decision making on the treatment choices and treatment results.

Key words

shared decision making · patient involvement · patient-centred medicine · doctor-patient-relationship · clinical decision making · risk communication · conflict of interest

115

Vita

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Umweltmedizin, Sozialmedizin sowie Innere Medizin. Seit 2002 Lehrauftrag für Sozialmedizin an der Universität Regensburg. Autor verschiedener Publikationen

Institutsangaben
Regensburg

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. David Klemperer · Obere Regenstraße 31 · 93059 Regensburg ·
E-Mail: Klemperer@klemperer.info

Bibliografie
Balint 2005; 6: 115–123 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-916205
ISSN 1439-5142

Ziel der Behandlung eines Patienten ist ein günstigerer Verlauf der Erkrankung im Vergleich zur Nichtbehandlung bezüglich der Kriterien Lebensqualität und/oder Lebenserwartung. Der natürliche Verlauf einer Krankheit ist in aller Regel für den individuellen Patienten nicht präzise vorhersehbar, auch nicht für Spezialisten eines Fachgebietes – viele Krankheiten heilen von selbst aus, häufig sind Krankheitsverläufe fluktuierend und die Ausschlagsrichtung der Schwankung nicht vorhersagbar.

Das geeignete Werkzeug zur Untersuchung der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode ist daher die vergleichende (kontrollierte) klinische Studie, wobei der randomisierten kontrollierten Studie und der systematischen Übersichtsarbeit die höchste Aussagekraft zukommen. Erkenntnisse, die an Gruppen von Patienten gewonnen wurden, lassen sich nicht mechanistisch auf den individuellen Patienten übertragen; unter der Voraussetzung, dass der individuelle Patient bezüglich seiner für die Krankheit relevanten Merkmale den Studienpatienten ausreichend ähnlich ist, erlauben sie aber die Vorhersage des Behandlungserfolges in Form einer Wahrscheinlichkeit. Methoden, mit denen der Behandlungserfolg für einen Patienten mit einem höheren Grad an Sicherheit vorhersagbar sind, gibt es bislang nicht [Doll 1998].

Kontrollierte Studien zeigen regelmäßig, dass der erwünschte Zustand bzw. das Nichteintreten eines unerwünschten Ereignisses sowohl bei behandelten als auch bei unbehandelten Patienten auftritt. So können nach Einnahme aber auch ohne Einnahme eines Analgetikums Kopfschmerzen anhalten oder verschwinden; das Analgetikum erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass der Kopfschmerz verschwindet. Dies verdeutlicht die Number needed to treat (NNT), die für eine zunehmende Anzahl von Situationen verfügbar ist: eine NNT von 1 (Behandlung erfolgreich bei jedem Patienten) kommt im medizinischen Alltag praktisch nicht vor, häufig liegt die NNT in zweistelligen oder noch höheren Bereichen. Der Vizepräsident des Bereichs Genetik des Pharmakonzerns GlaxoSmithKline formulierte das folgendermaßen: „Unsere Medikamente wirken bei den meisten Patienten nicht“ („Our drugs don't work on most patients.“), die meisten Medikamente – über 90% – wirkten nur bei 30%–50% der Patienten [Smith 2003] – eine immer noch stark beschönigende Darstellung, denn dies entspräche einer NNT von 2–3.

Die Tatsache, dass erwünschte wie unerwünschte Effekte einer Behandlung nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreicht werden, bedeutet Unsicherheit. Ein wesentlicher Bestandteil einer aufrichtigen Arzt-Patient-Beziehung ist es, diese Unsicherheit zu teilen und den Patienten über die Effektivität einer in Frage kommenden Behandlung zu informieren [Edwards 2003]. Unsicherheit nicht (mitzu-)teilen und stattdessen eine falsche Sicherheit zu vermitteln, könne man als Lüge, Betrug und Täuschung bezeichnen [Smith 2004].

Die Art und Weise, wie Informationen vermittelt werden, ist von erheblicher Bedeutung. Inhaltlich gleiche Informationen lassen sich auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichen Formaten ausdrücken („framing of information“). Unterschiedliches „framing“ führt zu unterschiedlichem Verständnis, unterschied-

licher Wahrnehmung und unterschiedlichen Entscheidungen sowohl auf Seiten des Arztes als auch auf Seiten des Patienten. Daraus folgt, welch hohes Maß an Verantwortung auf Seiten des Arztes bezüglich der Risikokommunikation besteht. Untersuchungen an deutschen Ärzten haben gezeigt, dass hier häufig ein „numerischer Analphabetismus“ besteht und ein Qualifikationsschub dringend erforderlich ist [Gigerenzer 2004].

Grundlage für die Risikokommunikation sind aus dem statistischen Bereich die Begriffe „relative Risikoreduktion“, „absolute Risikoreduktion“ und „Number needed to treat“ (s.o.). Wie die Abb. 1 zeigt, ist die alleinige Mitteilung der relativen Risikoreduktion wenig informativ, denn hinter einer 50%igen relativen Risikoreduktion kann eine absolute Risikoreduktion von 10% oder auch 0,01% stehen. Mit anderen Worten tritt im ersten Fall bei einem von 10 Patienten der erwünschte Effekt ein (NNT 10), im zweiten Fall bei einem von 10.000 Patienten (NNT 10.000).

Sowohl Patienten als auch Ärzte verstehen besser, wenn Wahrscheinlichkeiten als Häufigkeit dargestellt werden, z.B. „8 von 1.000 Patienten“; erschwert ist hingegen das Verständnis, wenn die Angabe in Prozent erfolgt, z.B. „0,8%“ [Gigerenzer 2003].

Unterschiede im Verständnis entstehen schon in Abhängigkeit davon, ob die Information verbal (z.B. „hohe, mittlere, geringe Wahrscheinlichkeit“) oder numerisch mitgeteilt wird. Alleinige verbale Formulierungen erscheinen ohne zusätzliche numerische Angaben unzureichend, weil sie von Patienten sehr unterschiedlich interpretiert werden [Knapp et al. 2004].

Unterschiede in der Bewertung und Entscheidung entstehen allein durch positive bzw. negative Darstellung eines Risikos [Gurm und Litaker 2000]. Abb. 2 zeigt dies bezüglich einer Angioplastie (= PTCA, Gefäßaufdehnung) zur Beschwerdelinderung bei Patienten mit anhaltender Angina pectoris. Bei positiver Darstellung („99% der Patienten haben keine Komplikationen“) entschieden sich sehr viel mehr Patienten für den Eingriff als bei negativer Formulierung („Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf“).

Die von Paling [2003] vorgeschlagenen Schritte (Abb. 3) dürften für eine Verbesserung der Risikokommunikation hilfreich sein.

Validität und Kontamination von Informationen

Die Beteiligung des Patienten an Entscheidungen über seine Behandlung ist kein Selbstzweck. Ziel ist eine Entscheidung, die seinen Wünschen und Bedürfnissen entspricht. Ein Aspekt von entscheidender Bedeutung ist die Validität der für die Entscheidung bedeutsamen Informationen über die Wirksamkeit einer Behandlung. Im Folgenden soll gezeigt werden, dass der biomedizinische Wissenschaftsbetrieb in erheblichem Umfang fragwürdige, verzerrte, falsche und somit kontaminierte Informationen generiert und präsentiert.

Behandlungsgruppe		Plazebogruppe		relative Risikoreduktion (%)	absolute Risikoreduktion (%)
Überlebende	Verstorbene	Überlebende	Verstorbene		
9000	1000	8000	2000	50	10
9900	100	9800	200	50	1
9990	10	9980	20	50	0,1
9999	1	9998	2	50	0,01

Abb. 1 Einige einfache Beispiele der Kombination von relativen und absoluten Risiken [Skolbekken 1998, Übersetzung Klemperer]

Die Medizin ist für ihren Fortschritt auf die wissenschaftliche Forschung angewiesen. Durch wissenschaftliche Studien wird das Wissen um Krankheiten und ihre Behandlung fortlaufend erweitert.

Im Idealfall sollten wissenschaftliche Untersuchungen allein veranlasst sein aus der Sorge um das Wohl der Patienten. Dies würde erfordern, den Fragen nachzugehen, die der medizinische Alltag hervorbringt. Die Untersuchung sollte Personen und Institutionen anvertraut werden, denen es um nichts anderes als die möglichst objektive Beantwortung dieser Fragen geht.

Der medizinische Wissenschaftsbetrieb dürfte diesem Ideal vermutlich nie voll entsprochen haben, derzeit ist jedoch festzustellen, dass er sich weit davon entfernt hat.

Folgende Punkte lassen diese Annahme plausibel erscheinen:

- die Beeinflussung der Ärzte durch Pharmareferenten
- die Abhängigkeit medizinischer Fachzeitschriften von den Anzeigen der Pharmazeutischen Industrie
- die Abhängigkeit ärztlicher Fortbildung vom Sponsoring durch die Pharmazeutische Industrie [Finzen 2002, Moynihan 2003]
- die tendenziöse, verzerrende und falsche Darstellung medizinischer Forschungsergebnisse in den Werbeprospekten der Pharmazeutischen Industrie [Kaiser et al. 2004]
- die Finanzierung eines immer größerer Anteils der wissenschaftlichen Forschung durch die Industrie (in den USA von 32% im Jahr 1980 auf 62% im Jahr 2000 [Großkopf 2004])
- die Tendenz der industrie-finanzierte Studien zu industriefreundlichen Ergebnissen [James et al. 2004, Bekelmann 2003]
- die Bevorzugung der Veröffentlichung von Studien, mit starker Wirkung von neuen Therapien vor solchen Studien, die keine oder eine schwacher Wirkung zeigen oder ein ungewisses Ergebnis erbringen („publication bias“)
- die selektive Veröffentlichung von Studien.

Letzteres ist ein besonders ernst zu nehmendes Problem, weil es die Grundlage jeder klinischen Entscheidungsfindung in besonderem Maße gefährdet. Pharmazeutische Firmen neigen dazu, gesponserte Studien, deren Ergebnisse ihre finanziellen Interessen beeinträchtigen könnten, nicht zu veröffentlichen, auch wenn damit das Patientenwohl beeinträchtigt werden könnte. Durch einen an die Öffentlichkeit gelangten internen Vermerk wurde beispielsweise bekannt, dass die Firma SmithKlineBeecham (jetzt GlaxoSmithKline) die fehlende Wirksamkeit ihres Antidepressivums Paroxetin bei Jugendlichen in zwei Studien sowie vermehrte Suizidgedanken und Suizidhandlungen in drei

Studien der Öffentlichkeit vorenthielt; die interne Begründung lautete, dass „es kommerziell nicht akzeptabel sei, dass Paroxetin bei Kindern nicht wirkt“ [Kondro und Sibbald 2004]. Der Staat New York hat im Juni 2004 Anklage gegen GlaxoSmithKline wegen Betruges erhoben (Department of Law, New York, Presseerklärung 2.6.2004 http://www.oag.state.ny.us/press/2004/jun/jun2b_04.html.)

Das International Committee of Medical Journal Editors (Mitglieder u.a.. New England Journal of Medicine, Lancet und Journal of the American Medical Association) hat sich dazu im September

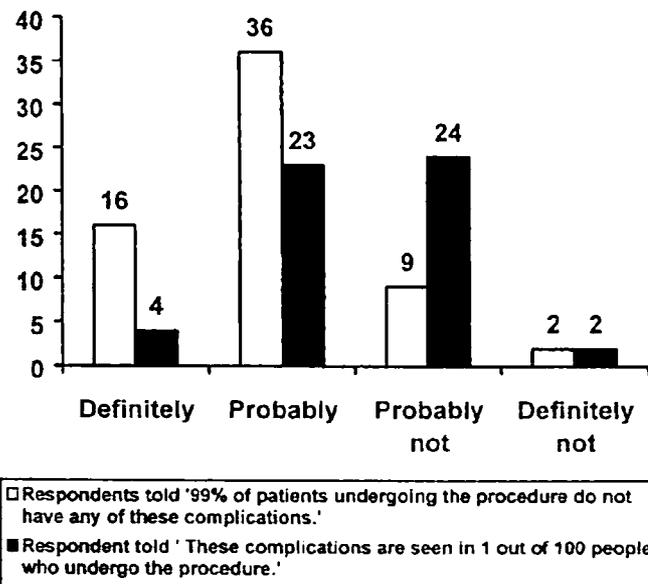


Abb. 2 Antworten bei positiver bzw. negativer Darstellung des gleichen Risikos [Gurm und Litaker 2000]

- Ergänze verbale Erklärungen mit numerischen Daten
- Benutze absolute Zahlen; benutze nicht relative Risiken oder Prozentangaben für Verbesserungen
- Stelle die Risiken positiv und negativ dar und benutze einen einheitlichen Nenner
- Benutze Visualisierungshilfen, wann immer es möglich ist, um das Verständnis zu maximieren
- Die Anwendung einfacher Visualisierungshilfen kann auch die Arzt-Patient-Beziehung verbessern
- Stelle sicher, dass sich die Zustimmung des Patienten auf Informationen gründet und nicht allein auf Daten

Abb. 3 Wie Zahlen kommuniziert werden sollten [nach Paling 200, Modifikation und Übersetzung Klemperer].

2004 geäußert: „Unfortunately, selective reporting of trials does occur, and it distorts the body of evidence available for clinical decision making“ [International Committee of Medical Journal Editors 2004]. Gleichzeitig hat man beschlossen, in Zukunft nur noch solche Studien zu veröffentlichen, die vor Beginn in ein öffentliches Register aufgenommen worden sind. Dieses Register muss der Öffentlichkeit kostenlos zugänglich sein und von einer Not-for-Profit Organisation geführt werden.

Erforderlich ist auch eine angemessene Auseinandersetzung mit Interessenkonflikten. Thompson [1993] bietet folgende Definition: „A conflict of interest is a set of conditions in which professional judgment concerning a primary interest (such as a patient's welfare or the validity of research) tends to be unduly influenced by a secondary interest (such as financial gain).“ Gemeint ist also ein Zustand, in dem die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass das primäre Ziel (die Validität der Forschung) beeinflusst wird von sekundären Zielen, nämlich den finanziellen oder auch anders gelagerten Interessen des Wissenschaftlers. Es geht somit nicht um etwas Ehrenrühriges sondern um eine Situation, die in der einen oder anderen Form Teil des Alltags eines jeden Arztes ist. Ärzte neigen zu der Haltung, dass Geschenke und Zuwendungen der Pharmazeutischen Industrie sowie Eigeninteressen bei der Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen sich nicht auf ihr Handeln auswirken. Dahinter steckt die Vorstellung, dass Interessenkonflikte ihre Wirksamkeit in Form einer bewussten Entscheidung entfalten würden. Eine Reihe von Erkenntnissen aus dem psychologischen Bereich weisen jedoch darauf hin, dass Interessenkonflikte eher subtil und unabhängig vom Bewusstsein und Willen des Betroffenen wirken. Wenn Individuen ein Interesse daran haben, zu einer bestimmten Schlussfolgerung zu gelangen, wägen sie die Argumente in einer verzerrenden Weise ab, die sie zu ihrer spezifischen Schlussfolgerung gelangen lässt. Auch wenn sie versuchen, objektiv zu sein, ist ihr Urteilsvermögen einer den Eigeninteressen folgenden Verzerrung ausgesetzt. Die Individuen sind sich dieses Einflusses zumeist nicht bewusst. Selbst kleine Geschenke können schon sehr wirksam sein [Dana und Loewenstein 2003].

Die Beteiligung der Patienten an medizinischen Entscheidungen ist nicht allein eine Angelegenheit der Arzt-Patient-Beziehung. Die Bedeutung der Verlässlichkeit der medizinischen Wissensbasis für die medizinische Entscheidungsfindung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Um die Integrität des medizinischen Wissenschaftsbetriebes wieder herzustellen, sind Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen erforderlich, welche die Distanz von Ärzten und Pharmazeutischer Industrie vergrößern. Der Staat, die ärztliche Selbstverwaltung, Bürger und Patienten sind hier gefordert. Die von einer internationalen Arbeitsgruppe verfasste, im Januar 2005 veröffentlichte „Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz“ (http://www.akdae.de/20/55/85_200501251.pdf 7.3.2005) benennt die wesentlichen Probleme und schlägt Lösungen für den Bereich der Medikamentensicherheit vor.

Mittlerweile gibt es eine Reihe warnender Beispiele für die Vereinnahmung von Patientengruppen und Selbsthilfegruppen durch die Industrie; in einigen Fällen hat die Industrie selbst Lobbygruppen gegründet, die als Patientenvertreter ausgegeben werden [Herxheimer 2003].

Wenige Maßnahmen würden ausreichen, um der Einflussnahme der Pharmazeutischen Industrie auf die Ärzteschaft zu unterbinden. Ärzte dürften keinerlei Geschenke mehr von der Industrie annehmen, nicht einmal Kugelschreiber und medizinische Wissenschaftler müssten nur noch selbstlos für das Wohl der Patienten forschen, Scheininnovationen dürften keine Zulassung mehr erhalten. 1990 hat der Deutsche Ärztetag sich dafür ausgesprochen, Scheininnovationen nicht mehr zuzulassen [Bundesärztekammer 1990]. Die Mehrheitsfähigkeit der übrigen Forderungen innerhalb der Ärzteschaft ist hingegen fraglich.

Patientenbeteiligung und Behandlungswahl

Die Annahme, dass sich die Beteiligung der Patienten am Abwägungs- und Entscheidungsprozess auf die Behandlungswahl auswirkt, ist hochplausibel. An dieser Stelle soll dies anhand von Beispielen aus den Bereichen Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs diskutiert werden. Herz-Kreislauf-Krankheiten sind besonders geeignet für eine Beteiligung der Patienten, weil für viele Situationen die absoluten Risiken aus den vorhandenen empirischen Daten berechenbar sind.

Der Blutdruck stellt einen physiologischen Parameter dar, der in der Bevölkerung einer Normalverteilung folgt. Da es keine Dichotomie im Sinne eines Blutdruckwertes ohne bzw. mit Krankheitswert gibt, ist jede Festlegung eines Schwellenwertes für die Behandlung willkürlich. McAlister et al. [2000] befragten Ärzte und Patienten nach der minimalen Reduzierung des kardiovaskulären Risikos, welches aus der jeweiligen Sicht die Unbequemlichkeit, die Kosten und die unerwünschten Wirkungen der Behandlung aufwiegt. Dieses Konzept der „minimalen klinisch bedeutsamen Differenz“ (minimal clinically important difference [Jaeschke et al. 1989]) bezeichnet die Schwelle, von der an – nach Abwägung der numerisch ausgedrückten Wahrscheinlichkeiten – die Vorteile der Behandlung vom Arzt bzw. Patienten als schwerer wiegend erachtet werden als die Nachteile. Ärzte und Patienten stimmten in ihrer Abwägung nicht überein: bei einem Fünfjahresrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis von 2 % würden 49 % der Patienten bzw. 64 % der Ärzte eine Behandlung befürworten; beträgt das Fünfjahresrisiko 5 % halten 68 % der Patienten und 92 % der Ärzte eine Behandlung für angezeigt; bei einem Fünfjahresrisiko von 10 % würden 86 % der Patienten einer Behandlung zustimmen, 100 % der Ärzte würden sie initiieren wollen. Die Patienten stellen in dieser Untersuchung die Indikation zur Behandlung ihres Bluthochdrucks zurückhaltender als die Ärzte, insbesondere, wenn das Ausgangsrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse niedrig ist. Die Patienten erwarten einen größeren potenziellen Benefit als die Ärzte, um die Unbequemlichkeiten, Kosten und unerwünschten Wirkungen einer Therapie auf sich zu nehmen. Die Patienten sind hier mit Hilfe präziser numerischer Informationen zu einer eigenen Entscheidung gelangt, die nicht mit der ärztlichen Entscheidung übereinstimmt.

Steel [2000] fragte Patienten in einem hypothetischen Szenario nach der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung, wenn ein Leben gerettet würde durch eine fünfjährige medikamentöse Behandlung von 12, 33, 50, 100 bzw. 250 Menschen (NNT). Der Durchschnitt der gewählten NNTs lautete 100 für Fachärzte, 50 für Allgemeinärzte und 33 für Krankenschwestern und Patien-

ten. Ärzte sind hier also großzügiger in der Indikationsstellung; Patienten erwarten in der Indikationsstellung zur Behandlung mehr Nutzen als Ärzte, und sind in der Indikationsstellung zurückhaltender.

Protheroe et al. [2000] benutzten die Methode der „decision analysis“ zur partizipativen Entscheidungsfindung für 97 Patienten mit Vorhofflimmern. Dabei ging es um die Frage der Antikoagulation zur Minderung des erhöhten Schlaganfallrisikos. Jeder Patient erhielt ein persönliches Risikoprofil mit vier Parametern: absolutes Risiko für ein thromboembolisches Ereignis, relative Risikoreduktion und die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Wirkungen sowie die Wahrscheinlichkeit, einen zu Pflegebedürftigkeit führenden Schlaganfall zu erleiden. Die Entscheidungen der Patienten wurden mit zwei verschiedenen Leitlinien verglichen, von der sich eine auf das Alter, die andere auf das absolute Risiko für einen Schlaganfall gründete. 38 Patienten entschieden sich nach Abwägen von Nutzen und Risiken gegen eine Behandlung – gemäß der beiden Leitlinien bestand bei 33 bzw. 22 dieser 38 Patienten die Indikation zur Behandlung. 59 Patienten entschieden sich für die Behandlung – gemäß der beiden Leitlinien bestand bei 3 bzw. 19 dieser 59 Patienten keine Indikation zur Behandlung. Die Beteiligung an der Entscheidung führte hier also zu Entscheidungen, die deutlich diskrepant zu den vorhandenen Leitlinien sind. Die in den Leitlinien zum Ausdruck kommende Expertenmeinung entspricht in vielen Fällen nicht der Patientenmeinung.

Diese Studie zeigt, dass SDM in Form der Entscheidungsanalyse erhebliche Auswirkungen auf die Entscheidung von Patienten haben kann. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Teil der angesprochenen Patienten nicht am SDM teilnehmen wollten, SDM auch hier kein Verfahren ist, das von allen Patienten gewünscht wird.

Slevin et al. [1990] verglichen die Präferenzen von Krebspatienten bezüglich Chemotherapie mit denen von Ärzten. Für geringe Aussichten auf Heilung oder auch nur auf Symptomlinderung akzeptierte ein im Vergleich zu den Ärzten sehr viel größerer Anteil der Patienten eine Chemotherapie mit starken Nebenwirkungen. Patienten stellen die Indikation zur Chemotherapie also großzügiger als Ärzte.

Insgesamt – in Übereinstimmung mit weiteren, hier nicht angeführten Studien [vgl. auch Montgomery und Fabey 2001] – stimmen die Präferenzen von Patienten und Ärzten für eine Behandlung häufig nicht überein. Die Richtung und Größe der Unterschiede ist nicht einheitlich, für den einzelnen Patienten nicht vorhersagbar und abhängig vom Krankheitsbild. Die Frage, ob sich die Präferenzen im Krankheitsverlauf ändern, lässt sich bisher nicht beantworten, da bisher nur Querschnittsstudien und noch keine Längsschnittstudien vorliegen.

Auch wenn die empirischen Erkenntnisse noch nicht umfassend und die angewandten Methodologien noch verbesserungsbedürftig sind, reichen die vorhandenen Erkenntnisse dazu aus, die Notwendigkeit der Patientenbeteiligung an Behandlungsentscheidungen zu unterstreichen.

Patientenbeteiligung und Behandlungsergebnisse

Das Wissen um den therapeutischen Effekt einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung dürfte so alt sein, wie die Medizin selbst. Hippokrates schrieb bereits 400 v.Chr., dass sich der Patient allein durch seine Zufriedenheit mit dem Arzt selbst von schwerer Krankheit erholen kann [Hippocrates 1923]. Der Einfluss des Descartes'schen Denkens auf die Medizin in Zusammenhang mit dem Anwachsen der naturwissenschaftlichen Wissensbasis und der neu entwickelten Möglichkeiten objektiver Diagnostik führte zu einer Fokussierung der Medizin auf den Körper und seine Funktionen und einer Sicht von Krankheit als einer Störung von Strukturen und Funktionen des Organismus. Die heilsame Wirkung der Arzt-Patient-Beziehung geriet in den Hintergrund. Personen wie Freud, Balint und Engel zählen zu den Wegbereitern der Wiederbesinnung auf den Patienten als ganzer Person im Sinne einer patientenzentrierten Medizin. Balint [2001, S.15] stellte in den 1950er Jahren fest, dass die ganze Atmosphäre, in welcher die Medizin verabreicht und genommen werde, ausschlaggebend für die Heilung und somit der Arzt selbst ein Heilmittel sei. Empirische Belege für diese plausible Annahme konnte er aber nicht vorweisen. Weitergehend als die Balint'schen Vorstellungen ist das Konzept der Kontextfaktoren, dessen empirische Beweislage Di Blasi et al. [2001] zusammenfassen. Undifferenziert und eher geringgeschätzt finden sich die unspezifischen Faktoren im Plazebokzept. Dem Konzept der Kontextfaktoren liegt die Vorstellung zugrunde, dass das Behandlungsergebnis stets sowohl durch spezifische als auch durch unspezifische Faktoren bewirkt wird. Die unspezifischen Faktoren (= Kontextfaktoren) umfassen

- Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung (z.B. Beruhigung, Empathie, Suggestion)
- Charakteristika des Patienten (z.B. Vorstellungen bezüglich der Behandlung und der Krankheit, Ängste)
- Charakteristika des Arztes (z.B. Status, Geschlecht, Vorstellungen bezüglich der Krankheit)
- Setting (z.B. ambulante Behandlung, Krankenhausbehandlung, Atmosphäre der Räumlichkeiten)
- Eigenschaften der Behandlung (z.B. Farbe, Größe und Form der Tablette).

All diese Aspekte sind „wirksam“ und beeinflussen die körperliche Reaktion des Patienten, sein Verhalten sowie seine Kognitionen und Emotionen.

Spezifische Faktoren sind die im engeren Sinne medizinischen Effekte einer Behandlung, wie z.B. die Wirkung eines Medikamentes an den Rezeptoren oder die einem chirurgischen Eingriff direkt geschuldeten Effekte.

Die Vorstellung, dass die Behandlungsergebnisse sowohl durch die spezifischen als auch durch die unspezifischen Effekte erzielt werden, läuft darauf hinaus, dass innerhalb der stets komplexen Arzt-Patient-Beziehung eine große Zahl teils schwer zu messender und schwer zu isolierender Faktoren wirken. Methodisch ist es schwierig, kausale Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten der Interaktion und einzelnen Komponenten des Behandlungsergebnisses herzustellen. Hinzu kommt, dass die unspezifischen Effekte im wissenschaftlichen Bereich eher ein professionelles Desinteresse gefunden haben, weil sie für die

systematische Untersuchung der spezifischen Effekte notwendigerweise statistisch kontrolliert, praktisch also unsichtbar gemacht werden müssen. Der Trend zur Patientenbeteiligung hat der Frage nach den Auswirkungen der Arzt-Patient-Kommunikation und anderer unspezifischer Faktoren auf das Behandlungsergebnis neues Interesse verschafft.

Im Folgenden werden einige der noch nicht sehr umfangreichen empirischen Ergebnisse dargestellt.

Eine frühe Studie zum Setting, in dem die Behandlung stattfindet, befasste sich mit der Ästhetik der Aussicht aus dem Krankenzimmer [Ulrich 1984]. Dieser Untersuchung zufolge bestand bei Patienten nach Cholezystektomie, die auf Laubbäume schauten, eine kürzere Aufenthaltsdauer und ein niedrigerer Schmerzmittelverbrauch, als bei Patienten, die auf eine Backsteinwand blickten.

Howie et al. [1999] untersuchten an 25.994 Patienten in Allgemeinpraxen in England, welche Faktoren einer Arzt-Patient-Konsultation die Befähigung des Patienten fördern. Befähigung („enablement“) beschreibt den Effekt des Arzt-Patienten-Kontaktes auf die Fähigkeit des Patienten, seine Krankheit zu verstehen und zu bewältigen. Das Gefühl der Befähigung stand in enger Beziehung zu der Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung und der Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs. Auf der individuellen Ebene ist es möglich, zwischen Ärzten zu unterscheiden, die in der Vermittlung von Befähigung besser und schlechter abschneiden.

Mercer et al. [2001] untersuchten die Befähigung von 200 Patienten im Rahmen einer homöopathischen Behandlung. Insgesamt fühlten sich die Patienten in einem sehr viel höheren Maße befähigt, als in konventionellen Allgemeinpraxen [Howie 1999]. Die durchschnittliche Dauer des Gesprächs wirkte sich nicht auf die Befähigung aus, was möglicherweise daran liegt, dass sie mit 56 Minuten für neue Patienten sehr hoch war. Die stärkste Wirkung hatte die vom Patienten wahrgenommene Empathie des Arztes. Kein Patient, der wenig Empathie fühlte, gab ein hohes Maß an Befähigung an.

Viele Patienten nehmen vom Arzt verschriebene Medikamente gar nicht oder nicht wie verschrieben ein [Elwyn et al. 2003a, Haynes et al. 2002, Mullen 1997]. Ärzte neigen dazu, die erwünschten Wirkungen hervorzuheben und die unerwünschten zu vernachlässigen. Den Patienten reichen die Informationen über das Medikament, die sie vom Arzt erhalten, häufig nicht aus. In der Regel fühlen sie sich nicht ausreichend in die Verschreibung einbezogen. Selbst wenn Ärzte die Medikamentenwirkungen erklären, vergewissern sie sich nicht, dass der Patient die Informationen verstanden hat. Der Begriff „compliance“ ist in jüngster Zeit kritisiert worden, weil er Gehorsam gegenüber den Anordnungen des Arztes impliziert. Mit dem Begriff „concordance“ wird die gemeinsam und im Einverständnis zwischen Patient und Arzt getroffene Therapieentscheidung als Ergebnis eines SDM-Prozesses bezeichnet. Elwyn et al. [2003b] beschreiben vier Schritte für den Arzt, um Konkordanz zu erreichen:

- Die Sicht des Patienten über eine mögliche Medikamenteneinnahme erfragen
- Diese Sicht besprechen.
- Den Patienten über das Für und Wider der Einnahme und der Nicht-Einnahme des Medikamentes informieren.

- Den Patienten in die Behandlungsentscheidungen einbeziehen – ihm ggf. Zeit zum Nachdenken geben.

In einer Übersichtsarbeit untersuchten McDonald et al. [2002] 33 randomisierte kontrollierte Studien mit 39 Interventionen zur Verbesserung der Therapietreue bei chronischen Erkrankungen (Bluthochdruck, Asthma, Diabetes, HIV/AIDS, Rheumatoide Arthritis, Epilepsie, Depression, Schizophrenie). 19 der 39 Interventionen erhöhten die Therapietreue, 17 Interventionen führten darüber hinaus auch zu Verbesserungen der Behandlungsergebnisse. Zu den Inhalten der Interventionen zählten Informationsvermittlung, Beratung, Vereinfachung der Medikamenteneinnahme und Beteiligung an der Behandlung, wie z. B. Blutdruckselbstmessung.

Die Auswirkungen einer patientenzentrierten Versorgung auf die Behandlungsergebnisse untersuchten Stewart et al. [2000] durch Beobachtung und Befragung von 315 Patienten in Kanada, die von 39 Hausärzten versorgt wurden. Ein Vorgehen, das der Patient selbst als patientenzentriert wahrnahm, führte zu verbessertem subjektivem Gesundheitsstatus (weniger Beschwerden, weniger Besorgnis, bessere seelische Gesundheit) und erhöhter Effizienz (weniger Diagnostik und Überweisungen). Eine gemeinsame Grundlage zu finden, ist der wichtigste Aspekt.

Little et al. [2001] untersuchten ebenfalls die Patientenzentrierung aus der Perspektive der Patienten. Dazu befragten sie 865 Patienten in drei englischen Allgemeinpraxen nach den fünf Komponenten Kommunikation und Partnerschaft, persönliche Beziehung, Gesundheitsförderung, positive Darstellung von Diagnose und Prognose und Interesse für die Auswirkungen auf das Leben. Eine aus Sicht der Patienten gelungene patientenzentrierte Kommunikation wirkte sich positiv auf die Zufriedenheit, die Befähigung und die Symptomlast aus.

Deadman et al. [2001] untersuchten die psychologischen Effekte der Beteiligung von Patientinnen an der Therapieentscheidung bei Brustkrebs. Im frühen Stadium von Brustkrebs bestehen zwei gleichwertige Behandlungsoptionen bezogen auf die Lebenserwartung und das krankheitsfreie Intervall. Die operative Entfernung der Brust (Mastektomie) und die brusterhaltende Entfernung des Tumors mit Nachbestrahlung unterscheiden sich im Ergebnis auf die Lebenserwartung und das krankheitsfreie Intervall nicht.

In die Untersuchung gingen drei Gruppen von Frauen ein. Eine Gruppe bestand aus Frauen, denen wegen der Lage des Tumors eine Mastektomie empfohlen wurde. Eine zweite Gruppe von Frauen wurde an der Entscheidungsfindung beteiligt. Diese Gruppe von 80 Frauen wurde randomisiert in zwei Gruppen unterteilt. In einer der Gruppen übernahmen die Patientinnen explizit die Verantwortung für die Entscheidung; in der zweiten Gruppe übernahm der Arzt die letzte Verantwortung für die Entscheidung.

Der Untersuchung lag das Konzept der Entscheidungskontrolle (decisional control) zu Grunde. Entscheidungskontrolle bezeichnet die für den Patienten bestehende Möglichkeit, zwischen alternativen Vorgehensweisen wählen zu können. Die Entscheidungskontrolle besteht aus zwei Komponenten. Zum einen gibt



der Patient selbst einen Input an Informationen in den Entscheidungsfindungsprozess mit dem Ergebnis, dass er die von ihm bevorzugte Behandlung erhält. Zum anderen übernimmt der Patient selbst die Verantwortung für die Entscheidung. Die auf drei Gruppen verteilten Frauen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten mit einer Reihe psychologischer Tests untersucht.

Der Vergleich in der Entscheidungsfindung zeigte, dass bei gleicher Behandlungsweise die aktive Teilnahme an der Entscheidung zu besseren psychologischen Ergebnissen führte.

Der Vergleich der Gruppe, die an der Entscheidung beteiligt war mit der Gruppe, der zu einer Mastektomie geraten wurde, zeigt weniger pathologische und mehr positive psychologische Ergebnisse für die Entscheidungsgruppe. Der Vergleich der Untergruppen der Entscheidungsgruppe zeigte darüber hinaus, dass die Frauen, die eine Verantwortung für die Entscheidung trugen, seelisch gesünder waren, eine positivere Einstellung zeigten, über mehr Kampfgeist verfügten und weniger depressiv waren als die Frauen, die keine Verantwortung trugen.

Stewart [1995] analysierte 21 Studien aus den Jahren 1983 bis 1993 bezüglich der Auswirkungen effektiver Arzt-Patient-Kommunikation auf die Behandlungsergebnisse. In 16 der 21 Studien waren die Ergebnisse positiv, in vier Studien negativ und in einer Studie weder positiv noch negativ. Die von der Kommunikation beeinflussten Outcomes lauten: emotionale Gesundheit, Symptominderung, Leistungsfähigkeit und physiologische Maße wie Blutdruck und Blutzuckerspiegel.

Auf dieser Übersichtsarbeit fußend, benennen Stewart und Brown [2001] die Aspekte der Kommunikation, die sich positiv auf das gesundheitliche Outcome der Patienten auswirken:

- Ärzte, welche die Patienten darin unterstützen, ihre Erfahrung vollständig zu beschreiben,
- Empathie und Unterstützung,
- klare Informationen vom Arzt an den Patienten,
- SDM, das zu einem Einverständnis über das Vorgehen führt.

Coulter und Dunn [2000] heben die Bedeutung der Information und der Beteiligung der Patienten gerade auch wegen der Verbesserung der Behandlungsergebnisse hervor. Information und Beteiligung seien Voraussetzung für eine angemessene, den Bedürfnissen des Patienten entsprechende Behandlung. Gut informierte Patienten hielten sich eher an eine Behandlung und lehnten wenig effektive aber riskante Behandlungen eher ab. Ein gut informierter Patient könne auch dazu beitragen, die häufig auftretenden Verschreibungsrirrtümer von Ärzten zu mindern. Die Beteiligung der Patienten könne Irrtümer, Fehler und unerwünschte Wirkungen vermeiden und vermindern. Die Zahl der Rechtsstreitigkeiten würde vermindert, weil den meisten Beschwerden schlechte Kommunikation zu Grunde liege und ein fehlender Einbezug der Sicht des Patienten; im Vordergrund der meisten Rechtsstreitigkeiten stehen unzureichende Erklärungen und der Mangel an Anteilnahme nach Auftreten eines Fehlers.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Beteiligung der Patienten an der Entscheidung günstig auf die Behandlungsergebnisse auswirkt. Ärzte verbessern ihre Behandlungsergebnisse, wenn sie die Bedürfnisse der Patienten nach Information, nach Angstminderung und nach Empathie befriedigen. Die Wirk-

samkeit ist in erster Linie für psychologische Parameter von Behandlungsergebnissen belegt. Einige Erkenntnisse liegen aber auch für physiologische Maße vor. Die wichtigsten „wirksamen“ Komponenten der Arzt-Patient-Kommunikation sind: aktives Zuhören, Empathie, klare und positiv dargestellte Informationen, numerische Darstellung von Risiken und Einigkeit über das Vorgehen.

Ärzte, die ihre Patienten nicht gut informieren, auf Ängste nicht eingehen und keine Empathie zeigen, eher formal sind und keine Beruhigung bieten, erzielen schlechtere Behandlungsergebnisse.

Zusammenfassung und Ausblick

Patientenzentrierung und Shared-decision making sind Konzepte, die in den letzten Jahren an Popularität und Bedeutung gewonnen haben. In ihnen spiegelt sich das wachsende Bedürfnis der Patienten nach Autonomie und partnerschaftlicher Beteiligung, nach angemessener Berücksichtigung ihrer Informationsbedürfnisse und auch ihres Krankheitserlebens. Ein Arzt muss heutzutage davon ausgehen, dass seine Patienten umfassende Informationen und eine Beteiligung an Abwägungsprozessen und beim Treffen einer Entscheidung erwarten; der Grad der gewünschten Beteiligung ist für den Einzelfall nicht vorhersagbar und daher mit jedem Patienten zu vereinbaren. Jüngere Menschen und Angehörige der Mittel- und Oberschicht wünschen tendenziell stärkere Beteiligung; Art und Schwere der Krankheit und Krankheitsstadium scheinen ebenfalls eine Rolle zu spielen.

Die Ärzte sind auf diese Anforderungen nicht ausreichend vorbereitet. Viele Ärzte fühlen sich überfordert, sie haben das Gefühl, nicht über ausreichende kommunikative Kompetenzen und auch nicht über genügend Zeit zu verfügen. Die für die Patientenbeteiligung erforderlichen Kompetenzen sind jedoch erlernbar und der zeitliche Mehraufwand dürfte geringer sein, als häufig befürchtet.

Patientenbeteiligung ist im Kontext der Struktur des Medizinsystems zu sehen. Durch den Einfluss der ökonomischen Interessen der Pharmazeutischen Industrie auf die Generierung, Verbreitung und Anwendung medizinischen Wissens bestehen gravierende Gefahren, welche die Wissensbasis der Medizin und somit auch alle Konzepte der Patientenbeteiligung in Frage stellen. Der medizinisch-industrielle Komplex muss entflechtet und der Abstand zwischen Ärzteschaft und Industrie vergrößert werden. Selbstlosigkeit muss in der medizinischen Wissenschaft einen höheren Stellenwert erhalten.

Patientenzentrierung und SDM sind keine fertigen Konzepte – es stehen zwar bereits Messmethoden zur Verfügung; die Weiterentwicklung und Verfeinerung der aus dem angloamerikanischen Bereich stammenden Methoden sowie die Anpassung an deutsche Verhältnisse stehen auf der Tagesordnung.

Die Beteiligung von Patienten an Entscheidungen setzt auf Seiten des Arztes eine Haltung voraus, die sich nicht zuletzt in der Bereitschaft und Fähigkeit zeigt, von seiner Macht abzugeben, auch wenn es in manchen Fällen seine materielle Interessen beeinträchtigen kann.

Die Stärkung der Patientenposition im Gesundheitswesen ist auch eine Aufgabe der Politik. Seit kurzem sind Bürger und Patienten sehr viel stärker als bisher in die Entscheidungsstrukturen des Gesundheitswesens eingebunden. Die Öffentlichkeit hat hohe Erwartungen an die Ärzteschaft bezüglich zeitgemäßer Arzt-Patient-Kommunikation. Die ärztliche Selbstverwaltung und die ärztlichen Berufsverbände sollten daher mehr noch als bisher tun, damit das „zarte Pflänzchen partnerschaftlicher Beteiligung“ [Merten 2004] gedeiht.

Anmerkung: Die Hyperlinks bei Aufsätzen führen zum kostenlosen Volltext. Die Links wurden überprüft am 7.3.2005.

Literatur

- 1 Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; 10. Aufl Stuttgart: Klett-Cotta, 2001
- 2 Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflict of interest in biomedical research. *Journal of the American Medical Association* 2003; 289: 454 – 465
- 3 Brown JB, Stewart M, Ryan BL. Assessing Communication Between Patients and Physicians: The Measure of Patient-Centered Communication, London: Centre for Studies in Family Medicine. Working Paper Series 2001; 2nd edition : 95 – 2
- 4 Bundesärztekammer (Hrsg.). Wortbericht des 93. Deutschen Ärztetages 1990. Antrag III-10 von Dr. Klemperer als Delegierter der Ärztekammer Nordrhein. 1990
- 5 Coulter A, Dunn N. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2000; 324: 648 – 651
<http://bmj.com/cgi/content/full/324/7338/648>
- 6 Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003; 290: 252 – 255
- 7 Deadman JM, Leinster SJ, Owens RG, Slade PD. Taking responsibility for cancer treatment. *Social Science and Medicine* 2001; 53: 669 – 677
- 8 Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757 – 762
- 9 Doll R. Controlled trials: the 1948 watershed. *BMJ* 1998; 317: 1217 – 1220
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7167/1217>
- 10 Edwards A. Communicating risks.. *BMJ* 2003; 327: 691 – 692
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7417/691>
- 11 Elwyn G, Edwards A, Britten N. „Doing prescribing“: how doctors can be more effective. *BMJ* 2003b; 327: 864 – 7
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7419/864>
- 12 Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 93 – 9
- 13 Finzen A. Pharma-Sponsoring – Wir dankbaren Ärzte. *Dtsch Arztebl* 2000; 99: A 766 – 769
- 14 Gigerenzer G. Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin: Berliner Taschenbuchverlag, 2004
- 15 Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003; 327: 741 – 744
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7417/741>
- 16 Großkopf A. Arzneimittelforschung. Gehr es nur um die Wahrheit. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A – 1944
- 17 Gurm HS, Litaker DG. Framing Procedural Risks to Patients: Is 99% Safe the Same as a Risk of 1 in 100? *Academic Medicine* 2000; 75: 840 – 842
- 18 Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD000011
- 19 Herxheimer A. Relationships between the pharmaceutical industry and patients' organisations. *BMJ* 2003; 326: 1208 – 1210
- 20 Hippocrates. Volume II: on decorum and the physician. London: William Heinemann, zitiert nach: Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review *Lancet*, 1923; 357: 757 – 762
- 21 Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738 – 743
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/738>
- 22 International Committee of Medical Journal Editors. Clinical Trial Registration: A Statement from the International Committee of Medical Journal Editors. September 2004. http://www.icmje.org/clin_trial.pdf
- 23 Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials* 1989; 4: 407 – 415
- 24 James A, Horton R, Collingridge D, McConnell J, Butcher J. The Lancet's policy on conflicts of interest. *Lancet*, 2004; 363 – 2
- 25 Kaiser T, Ewers H, Waltering A, Beckwermer D, Jennen C, Sawicki PT. Sind die Aussagen medizinischer Werbespots korrekt? *arznei-telegramm* 2004; 35: 21 – 23
http://www.di-em.de/data/at_2004_35_21.pdf
- 26 Knapp P, Raynor DK, Berry DC. Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effects of medicines. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 76 – 80
- 27 Kondro W, Sibbald B. Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *CMAJ* 2004; 170: 783
<http://www.cmaj.ca/cgi/data/170/5/783/DC1/1>
- 28 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322: 46872
<http://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/468>
- 29 McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. *CMAJ* 2000; 163: 403 – 8
<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/163/4/403>
- 30 Mercer SW, Watt GCM, Reilly D. Empathy is important for enablement.. *BMJ* 2001; 322: 865
<http://bmj.com/cgi/content/full/322/7290/865>
- 31 Merten M. Der Patient als Partner. „Ein zartes Pflänzchen“. *Dtsch Arztebl* 2004; 101, 17: A1140 – 41
- 32 Montgomery AA, Fabey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Quality in Health Care* 2004; 10 (Suppl 1): i39 – 43
- 33 Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003a; 326: 1189 – 92
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7410/343>
- 34 Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 2003b; 326: 1193 – 6
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7400/1193>
- 35 Mullen PD. Compliance becomes concordance. *BMJ* 1997; 314: 691 – 692
<http://bmj.com/cgi/content/full/314/7082/691>
- 36 Paling J. Strategies to help patients understand risks. 2003; 327: 745 – 8
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7417/745>
- 37 Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 2000; 320: 1380 – 4
<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7246/1380>
- 38 Skolbekken J-A. Communicating the risk reduction achieved by cholesterol lowering drugs. *BMJ* 1998; 316: 1956 – 58
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/316/7149/1956>
- 39 Slevin M, Stubbs L, Plant H et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses and general public. *BMJ* 300: 1458 – 60 zitiert nach Montgomery AA, Fabey T. (2001). How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Quality in Health Care*, 1990; 10(Suppl.1): i39 – 43
- 40 Smith R. Editor's choice: The drugs don't work. *BMJ*, 2003; 327
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7428/0-h>
- 41 Smith R. Is transparency is fundamental to quality in health care? *BMJ Talks*, Vortragsfolien 24. März 2004
<http://bmj.bmjournals.com/talks/transparency>
- 42 Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446 – 1447
<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7247/1446>

⁴³ Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001; 322: 444–5

⁴⁴ Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice* 2000; 49: 796–807

⁴⁵ Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152 (9): 423–33

⁴⁶ Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573–6

⁴⁷ Ulrich RS. View from a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984; 224: 420–21